

# アナフィラキシーショック

佐野 公 人

日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科麻酔学講座

## はじめに

アナフィラキシー反応はI型アレルギー反応を指し、特に循環抑制が強くショック状態に移行したものをアナフィラキシーショックと称する。発生頻度は0.01% (1:10,000)といわれており、性差、好発年齢はないが体質が関係する場合があります、既往歴とともに家族歴の聴取は必須である。

また、アナフィラキシーには抗原感作によりIgE抗体が関与する、いわゆるアナフィラキシー反応 (IgE依存性アナフィラキシー) とIgEが関与しないアナフィラキシー (アナフィラキシー様反応, IgE非依存性アナフィラキシー) があり薬物反応試験などの精度を複雑にしているが、症状や治療法に大差がないため、本稿ではあえて区別しないで記載する。

## 症 状

多くは薬物投与から30分以内に、目のかゆみ、鼻の掻痒、鼻閉などで始まり顔面蒼白、口唇および舌の腫脹、顔面浮腫、皮膚 (胸部など) の紅斑・発赤・蕁麻疹、気分不快、悪心・嘔吐などが現れる。更に重症化すると唝声、上気道浮腫、喘鳴、呼吸困難、気管支痙攣、意識消失、血圧下降、頻脈 (または徐脈)、循環虚脱となり、呼吸停止から心停止に至る。アナフィラキシー反応の重症度を表に示す (表1)。これらの症状はすべて進行的に出現するわけではなく、抗原の量や患者の状態に左右される。各症状の出現率を表に示す (表2)。

## 治 療

原則は、抗原となっている薬剤 (抗菌薬の点滴など) の即時投与中止とアドレナリンの早期投与である。そのためには

表1 アナフィラキシーの重症度<sup>1)</sup>

グレード1: 皮膚兆候
グレード2: 皮膚症状, 血圧低下 (30%以下程度)
グレード3: 生命を脅かす兆候, 心血管虚脱, 徐脈・頻脈, 不整脈, 重度の気管支痙攣
グレード4: 循環不全, 呼吸停止, 心停止

- 1) 人手を集め（救急コールも含む）
- 2) 酸素投与（10～12ℓ/min）
- 3) 静脈路の確保
- 4) アドレナリン0.1mg 静脈内投与と輸液，静脈路が確保されていない時は0.3mg 筋注，必要に応じ繰り返す。
- 5) ステロイド剤，ドパミン製剤の投与
- 6) 心肺停止ならCPRとAED

以上を可及的速やかに，並列して行う。

### 診断と鑑別疾患

臨床診断は循環不全，顔面・咽頭浮腫，皮膚の発疹・発赤，喘息様呼吸などでされるが，確定診断は採血によるβトリプターゼ値でおこなう。βトリプターゼはアナフィラキシー発症後60～90分で最高値を示すため，発症後1～2時間で採血するのが望ましい。なおβトリプターゼは室温放置でも2日間は活性が低下しない。ヒスタミンは半減期が30分以内と短く，速やかに代謝されるため指標になりにくい。

また，鑑別を要する疾患に迷走神経反射（神経性ショック）があるが，皮膚症状や血管透過性亢進に伴う組織浮腫により判別は容易である（表3）。著者が経験した全身麻酔中，抗菌薬による胸部発赤のアナフィラキシー症例を写真に示す（図1）。

### 検査法（含確定診断）

アナフィラキシー反応（IgE依存性アナフィラキシー）であれば，in vivoの皮内テスト，スクラッチテ

表2. アナフィラキシー反応の症状出現率<sup>2)</sup>

皮膚所見（蕁麻疹，血管性浮腫，紅潮など）	90%
呼吸器症状（呼吸困難，喘鳴，上気道浮腫）	40～60%
循環器症状（めまい，失神，血圧低下）	30～35%
腹部症状（嘔気，嘔吐，下痢，腹痛，失禁）	25～30%

表3. アナフィラキシー反応と迷走神経反射の鑑別要点

	アナフィラキシー反応	迷走神経反射
循環	血圧下降，頻脈・徐脈，循環虚脱	血圧下降，徐脈
呼吸	上気道浮腫，喘鳴，気管支痙攣	呼吸浅速
皮膚	紅斑，発赤，蕁麻疹，掻痒	顔面蒼白，冷汗
	血管性浮腫	四肢弛緩
その他	失禁	多くは数分で回復

スト、プリックテストで予知は可能であるが、希釈濃度によってはアナフィラキシーショックを起こすことがある。そのため、局所麻酔薬では100倍希釈から始める。通常、アナフィラキシーの薬剤を同定するための検査はアナフィラキシー反応が起こってから4～6週間後（補体や抗体の回復）に行う。In vitro の検査法としてはリンパ球幼若化試験（LST）があり、本来IV型アレルギー反応ではあるが他の検査法が実施不能の時には有用である。

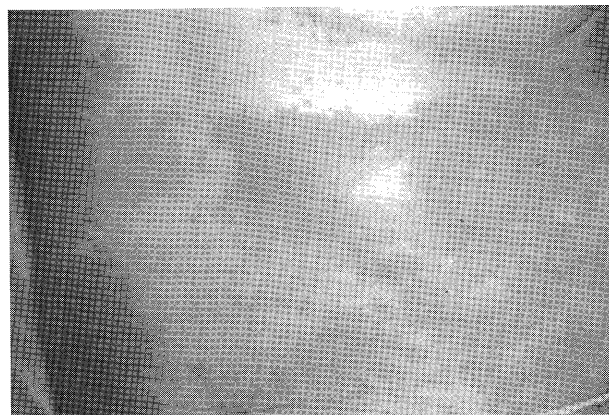


図1 アナフィラキシー反応時にみられた胸部の発赤

### おわりに

著者は最近2年間で2例のアナフィラキシーショックを経験した。過去32年間の臨床経験で計5例なので、かなり頻繁といえる。1例は抜歯後に服用したNSAIDsによるもので、服用約15分後に全身倦怠感で発症し、循環不全、呼吸苦、失禁が認められた。皮膚の発赤や発疹はなかった。他の1例は静注用のNSAIDsによるもので、静脈投与から約2時間後に顔面浮腫と発赤で発症し、循環不全が認められた。どちらもアドレナリン、ドーパミンの投与で回復せしめたが、従来からいわれている発症の時間的経緯とはずれがあり、注意が必要であると感じた。

消毒薬も含め、日常的に薬剤を患者に投与している職業上、アナフィラキシー反応はいつ起こっても不思議ではない。医院における救急薬品、救急体制<sup>3)</sup>を今一度ご確認願いたい。

### 文 献

- 1) 光畑裕正編：アナフィラキシーショック，克誠堂出版，第1版，東京，2008.
- 2) The diagnosis and management of anaphylaxis: An updated practice parameter. J Allergy Clin Immunol 2005; 115, 483-523.
- 3) 佐々木次郎，東理十三雄監修：歯科におけるくすりの使い方2007-2010，デンタルダイヤモンド，東京，2006，192-203.